VISIOMETRIA

NOMBRE María del Carmen Guasca FECHA 12-12-17 EDAD ___ SEXO M ☐ F ☒

CC O TI 51721884 OCUPACION aux administrativa INGRESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐

EMPRERSA Sub red sur ULTIMO CONTROL 1 año 12

AVSC: OD VL 20/40 VP 20/30 AVCC: OD VL 20/20 VP 20/20

OI VL 20/70 VP 20/50 OI VL 20/40 VP 20/30

EXAMEN EXTERNO

OD NORMAL ☐ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☐ / OBSERVACIONES _____

EXAMEN MOTOR

DUCCIONES OD NORMAL ☐ VERSIONES NORMAL ☐

OI NORMAL ☐

HISHBERG _____ COVER TEST _____

OFTALMOSCOPIA

OD NORMAL ☐ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☐ / OBSERVACIONES _____

TEST ISHIHARA

OD NORMAL ☐ / OBSERVACIONES _____

OI NORMAL ☐ / OBSERVACIONES _____

ESTEREOPSIS _____

IDX Miopia y astigmatismo. Uso de lentes

OBSERVACIONES Debe trabajar con lentes

María del Carmen Guasca

FIRMA DEL PACIENTE

CC 51721884 BTA

Eulices Ortiz Rodriguez
R.M. 181492
Medico y Cirujano General
Especialista en Salud Ocupacional
Especialista en Auditoria en Salud

FIRMA DEL ESPECIALISTA

RM Resolucion 606

calle 18 a #98-70 piso 2 Cel.: 3102170700 – 3176473117
E- mail: eulicesortizr@gmail.com